

8. Alexander P.M, Daubenev P.E, Nugent A.W et al. Long-term outcomes of dilated cardiomyopathy diagnosed during childhood: results from a national population-based study of childhood cardiomyopathy. *Circulation*. 2013; 128(18), 2039-2046.

9. Shu-Ling C, Bautista D, Kit C.C, et al. Diagnostic evaluation of pediatric myocarditis in the emergency department: a 10-year case series in the Asian population. *Pediatric Emergency Care*. 2013; 29(3), 346-351.

## ĐẶC ĐIỂM VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN BỎNG RẤT NẶNG

Nguyễn Như Lâm\*, Ngô Tuấn Hưng\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm và các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị bệnh nhân bỏng rất nặng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 519 bệnh nhân (BN) bỏng  $\geq 50\%$  diện tích cơ thể (DTCT) điều trị tại bệnh viện Bỏng Quốc gia từ 1/1/2016 - 31/12/2020. BN được chia làm hai nhóm cứu sống và tử vong, được so sánh về đặc điểm, diễn biến và kết quả điều trị. **Kết quả:** Bệnh nhân bỏng rất nặng gặp chủ yếu ở người trưởng thành (88,25%); phần lớn ở nam giới (79,58%); đa số sống ở vùng nông thôn (70,33%). Tác nhân bỏng chủ yếu là nhiệt khô (76,69%); bỏng hô hấp chiếm 34,1%. Tỷ lệ tử vong là 47,21%. Sự gia tăng tuổi, không có bảo hiểm y tế, gia tăng diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu, bỏng hô hấp và thở máy có mối liên quan độc lập với tử vong ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân bỏng rất nặng còn rất cao. Sự gia tăng tuổi, không có bảo hiểm y tế, gia tăng diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu, bỏng hô hấp và thở máy có mối liên quan độc lập với tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân bỏng rất nặng.

**Từ khóa:** Bỏng rất nặng; yếu tố ảnh hưởng, kết quả điều trị

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS AND FACTORS AFFECTING THE OUTCOMES OF MASSIVE BURN PATIENTS

**Objectives:** This study investigates the characteristics and factors affecting the treatment results of massive burn patients. **Subjects and methods:** Retrospective study on 519 burn patients  $\geq 50\%$  total burn surface area (TBSA) treated at the National Burns Hospital from 1/1/2017 to 31/12/2020. Patients were divided into two groups of survival and death, and were compared in terms of the characteristics, manifestation and outcome. **Results:** The massive burn patients was found mainly in adults (88.25%); mostly in men (79.58%); the majority lived in rural areas (70.33%). The main cause of burns was dry heat (76.69%); Inhalation injury accounted for 34.1%. Mortality rate was 47.21%. Multivariate analysis showed that the increased age, no health

insurance, climbed burn extent and deep burn area, inhalation injury and mechanical ventilation were independently associated with mortality ( $p < 0,05$ ). **Conclusion:** The mortality rate in massive burn patients was still very high. The increased age, no health insurance, climbed burn extent and deep burn area, inhalation injury and mechanical ventilation were independently associated with mortality in massive burn patients.

**Keywords:** Massive burns; factors affecting; outcomes

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng là chấn thương thường gặp. Bỏng rất nặng được định nghĩa khi diện tích bỏng  $\geq 50\%$  diện tích cơ thể, theo ước tính chiếm khoảng 8 – 10% tổng bệnh nhân bỏng nhập viện trên toàn thế giới [1]. Với sự phát triển của nền y học, hồi sức dịch thể tối ưu, can thiệp phẫu thuật sớm, hỗ trợ dinh dưỡng và kiểm soát nhiễm khuẩn toàn diện, tỷ lệ biến chứng và tử vong đã giảm đáng kể trên bệnh nhân bỏng. Tuy nhiên, với bệnh nhân bỏng rất nặng, tỷ lệ tử vong còn cao, lên tới 54% ở một số báo cáo gần đây [1], [2]. Hiện tại, Việt Nam chưa có nghiên cứu về vấn đề này. Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm đánh giá đặc điểm và các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị bệnh nhân bỏng rất nặng tại Bệnh viện bỏng Quốc gia giai đoạn 2016 - 2020.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu trên 519 bệnh nhân bỏng từ 50% diện tích cơ thể trở lên, điều trị nội trú tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia từ 1/1/2016 đến 31/12/2020. Các chỉ tiêu đánh giá gồm đặc điểm bệnh nhân, đặc điểm tổn thương bỏng: diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu, bỏng hô hấp, diễn biến và kết quả điều trị. Kết quả nghiên cứu được so sánh giữa hai nhóm bệnh nhân cứu sống và tử vong. Phân tích đơn biến và đa biến xác định các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong.

**Số liệu được phân tích** bằng phần mềm Stata 14.0. Giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

\*Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Lâm

Email: lamnguyenau@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 01.3.2022

Ngày duyệt bài: 10.3.2022

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo năm**

Năm	Tổng (n = 519)	Cứu sống (n = 274)	Tử vong (n = 245)	p
2016	122	62 (50,82)	60 (49,18)	0,16
2017	103	51 (49,51)	52 (50,49)	
2018	101	46 (45,54)	55 (54,46)	
2019	104	60 (57,69)	44 (42,31)	
2020	89	55 (61,8)	34 (38,20)	
<b>Tổng</b>	<b>519</b>	<b>274 (52,79)</b>	<b>245 (47,21)</b>	

Trong 5 năm (2016 - 2020) có 519 bệnh nhân bỏng rất nặng điều trị tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác, tỷ lệ tử vong là 47,21%. Tuy nhiên, sự khác nhau về tỷ lệ tử vong giữa các năm không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 2. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu**

Thông số		Tổng (n = 519)	Cứu sống (n = 274)	Tử vong (n = 245)	p
Tuổi, năm	< 16, n(%)	48 (9,25)	41 (14,96)	7 (2,86)	0,000
	16 - 60, n(%)	458 (88,25)	131 (84,31)	227 (92,65)	
	> 60, n(%)	13 (3)	2 (0,73)	11 (4,49)	
	Trung bình	34,0 ± 16,3	29,7 ± 1,0	38,8 ± 1,0	0,000
Giới, n(%)	Nam	413 (79,58)	50 (18,25)	56 (22,86)	0,19
	Nữ	106 (20,42)	224 (81,75)	189 (77,14)	
Bảo hiểm y tế, n(%)	Không	99 (19,08)	32 (11,68)	67 (27,35)	0,000
	Có	420 (80,92)	242 (88,32)	178 (72,65)	
Nơi cư trú	Thành thị	154 (29,67)	73 (22,64)	81 (33,06)	0,11
	Nông thôn	365 (70,33)	201 (73,36)	164 (66,94)	
Bệnh kết hợp, n(%)		17 (3,28)	9 (3,28)	8 (3,27)	0,99
Thời điểm vào viện sau bỏng, n(%)	< 24 giờ	476 (91,14)	250 (91,24)	223 (91,02)	0,93
	≥ 24 giờ	46 (8,86)	24 (8,76)	22 (8,98)	
Tác nhân bỏng, n(%)	Nhiệt ướt	65 (12,52)	50 (18,25)	15 (6,12)	0,000
	Nhiệt khô	398 (76,69)	192 (70,07)	206 (84,08)	
	Điện	50 (9,63)	30 (10,95)	20 (8,16)	
	Hóa chất	6 (1,16)	2 (0,73)	4 (1,63)	

Bệnh nhân bỏng rất nặng gặp chủ yếu ở người trưởng thành (88,25%); phần lớn ở nam giới (79,58%); đa số sống ở vùng nông thôn (70,33%). Tác nhân bỏng chủ yếu là nhiệt khô (76,69%). So với nhóm cứu sống, nhóm tử vong gặp nhiều ở người già và người trưởng thành, trong khi ở trẻ em ít hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Độ tuổi trung bình của nhóm tử vong cao hơn đáng kể so với nhóm cứu sống ( $p < 0,001$ ). Số bệnh nhân trong nhóm cứu sống có bảo hiểm y tế cao hơn có ý nghĩa so với nhóm tử vong ( $p < 0,001$ ). Thêm vào đó, nhóm tử vong có tỷ lệ bị bỏng do nhiệt khô và hóa chất cao hơn có ý nghĩa ( $p < 0,001$ ). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm cứu sống và tử vong về nơi cư trú, giới tính, thời gian vào viện sau bỏng và có bệnh kết hợp ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3. Đặc điểm tổn thương bỏng và diễn biến bệnh nhân**

Thông số	Tổng (n = 519)	Cứu sống (n = 274)	Tử vong (n = 245)	p
Diện tích bỏng, % DTCT Trung vị (25% - 75%)	63 (54 - 76)	57 (52 - 64)	74 (63 - 85)	0,0001
Diện tích bỏng sâu, %DTCT	29,2 ± 20,0	20,7 ± 1,0	39,9 ± 1,3	0,0001
Bỏng hô hấp	177 (34,1)	19 (6,93)	158 (64,49)	0,001
Chấn thương kết hợp	8 (1,54)	4 (1,46)	4 (1,63)	0,87
Thở máy	11 (2,12)	2 (0,73)	9 (3,67)	0,02
Suy đa tạng	161 (31,02)	2 (0,73)	159 (64,9)	0,001
Số lần phẫu thuật (lần) Trung vị (25% - 75%)	2 (0 - 5)	4 (2 - 6)	0 (0 - 2)	0,0001

Số ngày điều trị Trung vị (25% – 75%)	23 (10 - 46)	43 (29 – 65)	10 (5 – 16)	0,0001
Chi phí điều trị (VN đồng) Trung vị (25% – 75%)	1,42e+08 (5,88e+07 – 2,63e+08)	1,59e+08 (7,72e+07– 2,79e+08)	9,17e+07 (4,46e+07 – 2,42e+08)	0,0001

Nhóm tử vong có diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu và tỷ lệ bỏng hô hấp lớn hơn đáng kể so với nhóm được cứu sống ( $p < 0,05$ ). Bên cạnh đó, tỷ lệ thở máy, tỷ lệ biến chứng suy đa tạng ở nhóm tử vong cao hơn nhóm được cứu sống, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Trong khi, số lần phẫu thuật, số ngày điều trị và chi phí ở nhóm được cứu sống cao hơn có ý nghĩa so với nhóm tử vong ( $p < 0,001$ ).

**Bảng 4. Phân tích đa biến các yếu tố dự báo tử vong**

Thông số	Coef.	OR	p>  z	95% CI
Tuổi	0,03	1,03	0,002	1,01 – 1,05
Bảo hiểm y tế	-1,20	0,30	0,001	0,15 – 0,60
Tác nhân bỏng	0,40	1,48	0,137	0,88 – 2,47
Diện tích bỏng	0,07	1,07	0,000	1,04 – 1,10
Diện tích bỏng sâu	0,03	1,03	0,000	1,02 – 1,05
Bỏng hô hấp	2,42	11,14	0,000	5,99 – 20,72
Thở máy	1,91	6,78	0,043	1,06 – 43,29
_cons.	-6,99	0,0009	0,000	0,0001 – 0,0082

Sự gia tăng tuổi, diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu, bị bỏng hô hấp và thở máy cũng như không có bảo hiểm y tế có mối liên quan độc lập với tử vong ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Trước đây, tùy theo quan điểm, bỏng rất nặng (Massive burn) được định nghĩa rất khác nhau, ngưỡng diện tích bỏng rất nặng dao động từ 35 - 60% diện tích cơ thể, tùy theo các trung tâm bỏng trên thế giới [1]. Hiện nay, đa số các trung tâm bỏng trên thế giới xác định bỏng rất nặng khi diện tích bỏng  $\geq 50\%$  diện tích cơ thể.

Về đặc điểm bệnh nhân bỏng rất nặng, kết quả bảng 2 cho thấy tại nạn gây ra bỏng rất nặng chủ yếu gặp ở người trưởng thành (88,25%), ít nhất ở trẻ em (9,25%); xảy ra phần lớn ở nam giới (79,58%); đa số sống ở nông thôn (70,33%). Điều này tương đồng với các báo cáo khác, phần lớn bỏng rất nặng gặp ở độ tuổi 15-60 tuổi, là nhóm người làm việc trực tiếp trong các dây chuyền sản xuất, có nguy cơ cao hơn so với các nhóm tuổi khác; những người làm việc ở nông thôn có đồ bảo hộ, môi trường làm việc an toàn còn hạn chế; theo các thông báo tỷ lệ nam/nữ ở bệnh nhân bỏng nặng dao động từ 4/1 đến 2/1 [3], [4]. Về tác nhân gây bỏng, cũng giống như các báo cáo trước đó, tỷ lệ bỏng do nhiệt khô chiếm cao nhất (76,69%); bỏng do hóa chất là ít nhất (1,16%) [3], [5].

Cheng W. và cộng sự (2019) nghiên cứu trên 2483 bệnh nhân bỏng rất nặng trên 106 trung tâm bỏng tại Trung Quốc thấy tỷ lệ bỏng hô hấp là 32,38%; tỷ lệ bỏng hô hấp có mối tương quan thuận với mức độ nặng của bệnh bỏng [3]. Tỷ lệ bỏng hô hấp trong nghiên cứu của chúng tôi là

34,1%, tương đương với thông báo của Cheng W và cộng sự.

Tỷ lệ tử vong là một yếu tố quan trọng đánh giá khả năng điều trị bệnh nhân bỏng. Cho tới nay, các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân bỏng phụ thuộc vào nhiều yếu tố gồm tuổi, giới, tác nhân bỏng, diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu, bỏng hô hấp, các bệnh và chấn thương kết hợp, sự đáp ứng kinh phí điều trị, cũng như trình độ, trang thiết bị của cơ sở y tế. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi là 47,21%; cao hơn so với các nghiên cứu khác [3], [4]. Điều này nói lên chúng ta còn nhiều việc phải làm để nâng cao chất lượng cứu chữa bệnh nhân bỏng rất nặng, trong đó, khả năng đảm bảo tài chính cho điều trị cũng rất quan trọng. Muangman và cộng sự (2005) nhận thấy, mức độ hỗ trợ xã hội ảnh hưởng đến khả năng sống sót của bệnh nhân, những người sống sót có mức hỗ trợ xã hội cao hơn những người tử vong [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 80,92% bệnh nhân vào viện có bảo hiểm y tế, con số này rõ ràng không đáp ứng thỏa đáng với mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân mà nhà nước đang hướng tới. Mặt khác, bỏng là tai nạn chủ yếu gặp ở người dân lao động, việc có được bảo hiểm y tế là rất quan trọng trong quá trình điều trị bệnh nhân bỏng rất nặng. Kết quả bảng 2 cho thấy, nhóm bệnh nhân được cứu sống có bảo hiểm y tế cao hơn đáng kể so với nhóm tử vong, phân tích đa biến cho tử vong thấy, không tham gia

bảo hiểm y tế có mối liên quan độc lập với tử vong. Với kết quả này, cần có biện pháp khuyến khích người dân tham gia bảo hiểm y tế và nâng cao khả năng chi trả của bảo hiểm y tế.

Có nhiều nghiên cứu đã xác nhận sự gia tăng tuổi, mức độ bỏng và bỏng hô hấp là các căn cứ chính để tiên lượng bệnh nhân và là các yếu tố dự báo độc lập tỷ lệ tử vong [7], [8]. Bên cạnh đó, thở máy làm tăng biến chứng viêm phổi, là yếu tố độc lập dự báo tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân bỏng nặng [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân tử vong có tuổi, diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm được cứu sống ( $p < 0,001$ ). Tỷ lệ tử vong còn cao hơn đáng kể ở bệnh nhân bỏng hô hấp, tác nhân bỏng là nhiệt khô và hóa chất, bệnh nhân phải thở máy ( $p < 0,05$ ). Khi phân tích hồi quy đa biến giữa tử vong và các yếu tố liên quan cho thấy, các yếu tố gồm sự gia tăng tuổi, gia tăng diện tích bỏng và diện tích bỏng sâu, bỏng hô hấp và thở máy là yếu tố độc lập dự báo tử vong ở bệnh nhân bỏng.

Trong nghiên cứu này số ngày điều trị ở nhóm cứu sống lớn hơn đáng kể so với nhóm tử vong, số lần phẫu thuật và chi phí điều trị của nhóm cứu sống cao hơn đáng kể so với nhóm tử vong là rõ ràng.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân bỏng rất nặng còn rất cao (47,21%). Sự gia tăng tuổi, không có bảo

hiểm y tế, gia tăng diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu, bỏng hô hấp và thở máy có mối liên quan độc lập với tử vong.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Toppi J., Cleland H., Gabbe B.** (2019) Severe burns in Australian and New Zealand adults: Epidemiology and burn centre care. *Burns*, 45 (6), 1456-1461.
2. **Pavoni V., Gianesello L., Paparella L. et al.** (2010) Outcome predictors and quality of life of severe burn patients admitted to intensive care unit. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 18 (1), 1-8.
3. **Cheng W., Shen C., Zhao D. et al.** (2019) The epidemiology and prognosis of patients with massive burns: A multicenter study of 2483 cases. *Burns*, 45 (3), 705-716.
4. **Palmieri T. L., Holmes J. H., Arnoldo B. et al.** (2019) Restrictive transfusion strategy is more effective in massive burns: results of the TRIBE multicenter prospective randomized trial. *Military medicine*, 184 (Supplement\_1), 11-15.
5. **Wang Y., Tang H.-T., Xia Z.-F. et al.** (2010) Factors affecting survival in adult patients with massive burns. *Burns*, 36 (1), 352-356.
6. **Muangman P., Sullivan S. R., Wiechman S. et al.** (2005) Social support correlates with survival in patients with massive burn injury. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 26 (4), 352-356.
7. **Lo C. H., Chong E., Akbarzadeh S. et al.** (2019) A systematic review: current trends and take rates of cultured epithelial autografts in the treatment of patients with burn injuries. *Wound Repair and Regeneration*, 27 (6), 693-701.
8. **Dolp R., Rehou S., McCann M. R. et al.** (2018) Contributors to the length-of-stay trajectory in burn-injured patients. *Burns*, 44 (8), 2011-2017.

## CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ XOẪN MẠC NỔ LỚN: NHÂN HAI TRƯỜNG HỢP VÀ ĐIỂM LẠI Y VẤN

Trần Bảo Long\*, Trịnh Quốc Đạt\*, Nguyễn Đức Anh\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Xoắn mạc nối lớn (MNL) là nguyên nhân gây đau bụng cấp hiểm gặp. Triệu chứng lâm sàng của xoắn MNL không điển hình và dễ nhầm lẫn với các bệnh lý cấp cứu ổ bụng như viêm ruột thừa, viêm túi mật cấp...v. Chẩn đoán hình ảnh như siêu âm và đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính đa dãy (CLVT) có vai trò quan trọng trong chẩn đoán trước mổ, tuy nhiên tỉ lệ chẩn đoán trong mổ của xoắn MNL vẫn còn ở mức khá cao. **Mục tiêu:** Trình bày 2 ca lâm sàng hiểm gặp bị xoắn mạc nối lớn về triệu chứng lâm

sàng, cận lâm sàng, điều trị và điểm lại y văn chẩn đoán xác định cũng như thái độ điều trị loại bệnh lý hiểm gặp này. **Ca lâm sàng:** Mô tả 2 người bệnh (NB) được chẩn đoán và phẫu thuật cấp cứu vì xoắn mạc nối lớn tại khoa Ngoại Tổng hợp- Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, NB được mổ nội soi ổ bụng cắt MNL hoại tử. Diễn biến sau mổ thuận lợi, NB khỏi và ra viện. Qua 2 trường hợp, chúng tôi trình bày và điểm lại y văn nhằm góp phần tìm hiểu thêm về bệnh lý hiểm gặp này. **Kết luận:** Chẩn đoán xoắn MNL là một khó khăn trên thực tiễn lâm sàng vì bệnh hiểm gặp và triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt bỏ MNL là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả.

**Từ khóa:** Xoắn mạc nối lớn, chẩn đoán, phẫu thuật

### SUMMARY

#### DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF OMENTAL TORSION: TWO-CASE REPORT AT HANOI

\*Bệnh viện Trường Đại học Y Hà Nội  
Chịu trách nhiệm chính: Trần Bảo Long  
Email: tranbaolong@hmu.edu.vn  
Ngày nhận bài: 4.01.2022  
Ngày phản biện khoa học: 3.3.2022  
Ngày duyệt bài: 10.3.2022